



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Mendes dos Santos, Ana Raquel; de Souza Miranda, Alessandra; Mendes Ritti-Dias, Raphael; Silvestre Monteiro de Freitas, Clara Maria
Limitações para caminhar em idosos com claudicação intermitente: a religiosidade como mecanismo de superação da dor
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 363-371
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838837013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Limitações para caminhar em idosos com claudicação intermitente: a religiosidade como mecanismo de superação da dor

Walking limitations in elderly with intermittent claudication: religiosity as a mechanism to overcome pain

Ana Raquel Mendes dos Santos¹
Alessandra de Souza Miranda¹
Raphael Mendes Ritti-Dias¹
Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas¹

Resumo

Objetivo: Analisar a percepção sobre a dor durante a caminhada em idosos com claudicação intermitente e como eles utilizam a religiosidade para superar o sintoma doloroso. **Métodos:** A amostra foi composta por dez integrantes de um programa de treinamento físico que apresentavam sintomas de claudicação intermitente. Foi traçado um perfil da população, contendo dados sociodemográficos e religiosos; e realizou-se entrevista com base em roteiro de entrevista semiestruturada. Utilizou-se o procedimento da estatística descritiva para os dados numéricos e as falas dos sujeitos foram submetidas ao *software Analysis of Qualitative Data (AQUAD)* e posteriormente analisadas por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que os sujeitos apresentaram sentimentos negativos frente à dor ao caminhar, tais como aborrecimento, tristeza e medo. Ao mesmo tempo, eles acreditavam que a religião e a crença da existência de um Ser Superior os ajudavam a superar a dor nas pernas. **Conclusão:** A fé e a religiosidade parecem funcionar como ferramentas de superação da dor durante a caminhada dos idosos com claudicação intermitente.

Palavras-chave: Dor.
Claudicação Intermitente.
Religião.

Abstract

Objective: To analyze the perception about pain during walking in elderly with intermittent claudication and how they use religion to overcome the painful symptoms. **Methods:** The sample consisted of 10 members of a physical training program with symptoms of intermittent claudication. A profile of the population was drawn, containing sociodemographic and religious data, and an interview based semi-structured interview script was conducted. We used the procedure descriptive statistics for numeric data and statements of the subjects were subjected to Analysis of Qualitative Data (AQUAD) software and analyzed through qualitative analysis. **Results:** The results showed that the subjects had negative feelings regarding pain when walking, such as anger, sadness

Key words: Pain.
Intermittent Claudication.
Religion.

¹ Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco -FACEPE - APQ-0482-4.09/10 (Auxílio a projeto de pesquisa).

Correspondência / Correspondence
Ana Raquel Mendes dos Santos
E-mail: raquel_mdss@hotmail.com

and fear. At the same time, they believed that religion and belief in the existence of a Higher Being helped them overcome the pain in the legs. *Conclusion:* The faith and religiosity seem to act as tools to overcome pain during walking of elderly peoples with intermittent claudication.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural caracterizado por um conjunto de consequências ou efeitos provenientes da passagem do tempo, que atinge cada indivíduo de forma singular.¹ É uma etapa da vida em que os idosos enfrentam as adversidades impostas pelo cotidiano, resultado de um processo biológico inevitável na qual o idoso perde progressivamente a capacidade de adaptação ao meio ambiente e se torna mais suscetível a afecções e agravos de doenças crônicas.²⁻⁴

Entre as doenças crônicas que se desenvolvem com o avanço da idade, a doença arterial periférica afeta aproximadamente 10,5% da população brasileira acima dos 18 anos de idade.⁵ Esta patologia é decorrente da obstrução parcial ou total das artérias que irrigam as regiões periféricas do corpo,⁶ tendo como principal sintoma a claudicação intermitente. Esse sintoma é caracterizado por dor nos membros inferiores durante a prática de atividade física, que é aliviada com o repouso.⁷ Esse sintoma é relatado como queimação, formigamento ou câimbra e resulta em limitações importantes na capacidade de caminhada,⁸ repercutindo negativamente na qualidade de vida dos pacientes.⁹

Sabe-se que a sensação dolorosa tem papel fisiológico e funciona como sinal de alerta para a percepção de algo que está ameaçando a integridade física do organismo.¹⁰ De acordo com Celich & Galon,¹¹ esta sensação confronta o sujeito com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo sua habilidade para a realização das atividades do dia a dia e limitando a capacidade de interação e convívio social. Estudos^{9,12}

confirmam que a percepção da dor em pacientes com claudicação intermitente compromete a qualidade de vida desses sujeitos, principalmente quando relacionada à saúde física, emocional e aspectos do sono.

Diante da dor, as pessoas buscam estratégias de enfrentamento capazes de amenizá-la. Nesse contexto, a religiosidade é comumente vista como uma ferramenta para superar problemas, principalmente quando não se encontram respostas concretas na medicina para superar ou enfrentar as condições crônicas.¹³ Neste sentido, a religiosidade pode ser caracterizada como um sistema organizado de crenças, práticas e rituais, no qual o sujeito procura deixar de lado as dificuldades do cotidiano, reservando parte do seu tempo ao sagrado e influenciando sua relação com o mundo.^{14,15} Ao analisar o efeito fisiológico promovido pela religiosidade do indivíduo, o estudo de Lago-Rizzardi, Teixeira & Siqueira¹³ revelou que é por meio das práticas espirituais que ocorre uma redução na secreção de hormônios que estão envolvidos com o estresse e o aumento da quantidade de neurotransmissores relacionados ao controle e alívio da dor. Nesta perspectiva, a religiosidade pode ser considerada um aspecto capaz de influenciar a saúde e a qualidade de vida das pessoas, mas é pouco investigada sob a ótica do enfrentamento de sintomas dolorosos em indivíduos com claudicação intermitente.

Diante disso, este estudo objetivou analisar a percepção sobre a dor ao caminhar em idosos com claudicação intermitente e como eles utilizam a religiosidade para superar o sintoma doloroso. Ressalta-se que o desenvolvimento desta investigação ajudou a esclarecer em que medida a religiosidade pode influenciar na qualidade de vida desses sujeitos.

MÉTODOS

Caracterização da pesquisa

Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada *Barreiras para a prática de atividades físicas em indivíduos com claudicação intermitente*. O delineamento deste estudo foi de cunho descritivo de campo do tipo qualitativo. Segundo Minayo,¹⁶ a utilização desta abordagem permite verificar a relação dinâmica entre o mundo real e a subjetividade do sujeito, não podendo ser traduzida apenas pelo número.

População e amostra

A população foi composta por idosos que participaram de um programa de treinamento físico na Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade de Pernambuco (UPE). Para fazer parte do estudo, os indivíduos deveriam: a) ter idade entre 60 e 80 anos; b) ter o índice tornozelo braço $\leq 0,90$; c) apresentar sintomas de claudicação intermitente (dor, formigamento ou câimbra nos membros inferiores); d) não ter sido submetidos a cirurgia de revascularização ou angioplastia há menos de um ano; e) não fazer uso de bloqueadores de canal de cálcio não dihidropiridínico; f) não apresentar arritmias complexas ou isquemia durante o teste ergométrico, na ecocardiografia de estresse ou na cintilografia miocárdica de perfusão, que contraindicassem a prática de exercício físico; g) estar com os níveis de pressão arterial sistólica e diastólica menores que 160 e 105mmHg, respectivamente; e h) apresentar níveis de glicemia menores que 250mg/dl.

Os indivíduos somente eram excluídos do estudo caso tivessem realizado alguma mudança de medicação antes de completar todas as sessões experimentais ou apresentassem algum comprometimento na saúde (lesão osteomioarticular, hospitalização, glicemia e pressão arterial descompensada) que contraindicassem a prática de exercício físico. Dos 22 indivíduos recrutados, 13 atenderam a todos os critérios para participação na pesquisa. Contudo,

três se recusaram a participar da entrevista, perfazendo uma amostra de dez sujeitos.

Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro foi o *Formulário de Caracterização da Amostra*, contendo dados sociodemográficos (gênero, idade, estado civil, fonte de rendimento) e religioso (afiliação religiosa). As questões deste formulário foram lidas pelos entrevistadores, que anotaram as respostas advindas dos sujeitos. Este procedimento foi adotado para controlar os vieses de registro, considerando a possibilidade da não compreensão dos indivíduos às questões.

O segundo instrumento foi um *Roteiro de Entrevista Semiestruturada*, elaborado pelos autores, de modo a contemplar questões voltadas à percepção sobre a dor durante a caminhada e utilização da religiosidade para superar esta dor. Como recurso para o registro das informações, durante as entrevistas foram utilizados gravadores.

A aplicação dos instrumentos foi realizada por duas avaliadoras, no período de novembro a dezembro de 2011, no turno da manhã. A entrevista ocorreu em dia preestabelecido com os próprios participantes, após as atividades realizadas no programa de treinamento físico. Cada entrevista durou aproximadamente 30 minutos.

Técnica de análise dos dados

Os dados advindos do *Formulário de Caracterização da Amostra* foram inseridos no programa SPSS versão 10.0, que permitiu, por meio da estatística descritiva, identificar as frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas e religiosa.

As falas proferidas, com base no *Roteiro de Entrevista Semiestruturada*, foram gravadas e transcritas na íntegra. Posteriormente, utilizou-se o *software Analysis of Qualitative Data – AQUAD* para o levantamento das palavras mencionadas

em todas as falas dos sujeitos, visando facilitar a elaboração das categorias analíticas. Em seguida, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática, baseada nas recomendações de Bardin.¹⁷

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade de Pernambuco (CEP/UPE- 268/10). Todos os voluntários leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e interpretação dos resultados possibilitaram a classificação sob três óticas. Primeiramente, é apresentado e discutido o perfil sociodemográfico e religioso dos idosos participantes da pesquisa. Em seguida, foram analisadas as categorias analíticas relacionadas à *Percepção sobre a dor durante a caminhada* e *Utilização da religiosidade como superação da dor*.

Perfil dos idosos

Visando conhecer o contexto sociodemográfico e religioso no qual os atores sociais deste estudo estavam inseridos, foram analisadas as variáveis relacionadas a gênero, idade, estado civil, fonte de rendimento e afiliação religiosa. Os dados evidenciaram que a maioria dos sujeitos era do gênero feminino (70%), possuía idade igual ou superior a 70 anos (50%), era viúvo (60%) e recebia aposentadoria e/ou pensão (60%). Estes resultados se assemelham aos observados em outros estudos brasileiros que analisaram a dor em indivíduos idosos, observando que as mulheres representam maioria da amostra e recebem aposentadoria e/ou pensão.^{11,18}

No que diz respeito ao perfil religioso dos sujeitos investigados, a maioria possuía uma

afiliação religiosa (90%), sendo a religião católica a mais proferida (50%), seguida da evangélica (40%). Somente um indivíduo (10%) revelou não seguir uma religião específica, mas indicou possuir uma espiritualidade, uma crença de que existe um Ser Superior a todas as coisas na Terra, como indicado na fala a seguir:

Não, não tenho religião. Porém, acredito que existe um Ser Supremo, existe um Pai, um Criador de tudo que há na Terra. (entrevistado 4).

De fato, a religião é considerada uma fonte importante de suporte emocional, podendo influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses indivíduos.¹⁹ Ao mesmo tempo, o apoio social oferecido pelas instituições religiosas funciona como um mecanismo facilitador de envolvimento com a doutrina, proporcionando, assim, mudanças de comportamento que trazem impacto positivo na saúde e longevidade.²⁰ Estudo de Mello & Oliveira²¹ revelou que a religiosidade dá sentido à vida diante do sofrimento, proporcionando uma sensação de bem-estar. Os autores ressaltam que esta sensação não implica necessariamente a remoção dos sintomas, mas a mudança dos significados que a pessoa atribui à sua doença. Portanto, este estudo apontou que, independentemente da denominação, a religiosidade faz parte da vida dos claudicantes, podendo estar presente como uma maneira de enfrentar e/ou lidar com a doença.

A percepção sobre a dor durante a caminhada em idosos com claudicação intermitente

A dor proveniente da doença arterial periférica (claudicação intermitente) é um fator limitante para a realização de atividade física. Para exemplificar, estudo anterior,²² que analisou 150 indivíduos com claudicação intermitente, verificou que 51,3% apresentavam comportamento inativo por possuir menor capacidade de caminhada devido à dor nos membros inferiores. Como consequência, a presença desta dor causa agitação e estresse

emocional nos indivíduos²³ e, nesta perspectiva, é de se esperar que os sintomas de claudicação intermitente ocasionassem sentimentos negativos nos pacientes.

Em relação à primeira categoria analisada neste estudo, *Percepção sobre a dor durante a caminhada*, os sujeitos responderam à seguinte pergunta: *como você se sente nos momentos em que você caminha e a dor da perna aparece?* Ao analisar os discursos proferidos, observou-se que as respostas foram variadas, apresentando heterogeneidade de sentimentos frente ao sintoma. Entre as respostas, foi possível identificar três subcategorias, quais sejam: *Aborrecimento*, *Tristeza* e *Medo*. A primeira delas, *Aborrecimento*, revela um sentimento de desconforto, insatisfação e desespero em relação à situação vivenciada, como pode ser verificada nas falas a seguir:

[...] eu sinto um pouco de desconforto [...] (entrevistado 5).

[...] incomodada mesmo, né? Não fico satisfeita [...] (entrevistado 6).

Quando a dor aparece eu fico chateado... quem é que gosta de sentir dor, né? [...] (entrevistado 9).

Eu me sinto arrasada... Meus sentimentos me levam a uma coisa ruim (entrevistado 10).

Ao analisar as respostas, verifica-se que a dor pode interferir diretamente na qualidade de vida desses sujeitos. Estudo de Meneses et al.⁹ sugere que a limitação funcional apresenta significativo impacto nos indicadores de qualidade de vida em comparação à hemodinâmica do membro afetado pela doença. Muitos acabam encontrando mecanismos para expressar a dor, principalmente quando estão impossibilitados de utilizar a comunicação verbal. De acordo com o estudo de Machado & Brêtas,²⁴ os pacientes que sofrem de algum tipo de dor crônica tornam-se agitados, inquietos, mal-humorados e agressivos. Os resultados destas investigações corroboram os achados deste estudo, no qual os idosos portadores da doença arterial periférica também expressaram emoções negativas diante da dor sentida.

A segunda subcategoria, *Tristeza*, indica desapontamento por não poder realizar as atividades da vida diária que gostaria, comparando sua situação com a dos que supostamente são considerados saudáveis. Do mesmo modo, este sentimento induz os idosos a acreditarem que são inúteis na sociedade, como pode ser observado nos discursos a seguir:

Eu fico triste né? Porque é tanta gente saudável, não tem o que fazer e eu aqui [...] (entrevistado 2).

Ab... eu fico triste né? Porque me impede de caminhar, de fazer meus serviços [...] (entrevistado 3).

Triste, muito triste... incomoda bastante, e chega, inclusive, a alguns momentos pensar bobagem, como me sentir um inútil, me sentir até uma pessoa deficiente (entrevistado 4).

Comparando este cenário, estudos^{25,26} identificam que quanto maior a gravidade da doença arterial periférica, maior será a limitação nas funções diárias, principalmente no que diz respeito à capacidade de locomoção. Logo, o sentimento de tristeza passa a fazer parte do cotidiano das pessoas, representando uma das respostas afetivas frente à dor, além do nervosismo, ansiedade e desespero.¹⁸ Nesta direção, compreender a experiência dolorosa do idoso com claudicação intermitente reveste-se de importância singular, uma vez que a incapacidade de mobilidade ocasionada pela dor nos membros inferiores pode provocar, além da tristeza, um estado de profunda depressão. Nesta mesma linha de pensamento, investigações anteriores²⁷⁻²⁹ verificaram que os transtornos depressivos estão se tornando comuns entre pacientes com doença arterial periférica, devido às tentativas de lidar com a doença, sintomas dolorosos no repouso e durante o esforço, entre outros fatores.

A terceira subcategoria, *Medo*, aponta uma reação de temor por saber que poderá vivenciar a situação em momentos distintos ao longo da vida. Além disso, os sujeitos possuem o receio de piorar e, conseqüentemente, morrer, como pode ser constatado nas seguintes falas:

[...] quando eu começo a sentir ela... eu fico com medo... que não repita tudo de novo. Porque eu já passei... uns três meses... sem ter solução pra ela. (entrevistado 1).

A gente só pensa que vai... adoecer, piorar, morrer [...] (entrevistado 7).

Eu fico com medo. de amanhecer um dia morta. (entrevistado 8).

Por conseguinte, o envelhecimento pode estar envolvido por aspectos negativos relacionados à condição do idoso, tornando este período da vida repleto de medo e angústia,³⁰ principalmente quando esses indivíduos são acometidos por doenças crônicas. Além da limitação para a deambulação, a claudicação intermitente está associada a outras doenças, tais como diabetes, obesidade, acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração.³¹ Neste sentido, as emoções negativas estão frequentemente associadas aos sintomas desta enfermidade, uma vez que a presença da doença pode causar o receio de não poder mais andar, de originar lesões teciduais, possibilidade de amputação ou até mesmo de morte.

Religiosidade e superação da dor

A religiosidade tem se tornado cada vez mais presente na prática de assistência à saúde, por ser considerada uma importante aliada das pessoas que sofrem ou estão doentes.³² De acordo com Peres et al.,³³ o envolvimento religioso tem funcionado como auxiliar nos cuidados paliativos em idosos, em especial no controle da dor.

No tocante à segunda categoria analisada neste estudo, *Utilização da religiosidade como superação da dor*, os idosos responderam à seguinte questão: *você utiliza a sua religião para enfrentar esta dor? Comente sua resposta.* Ao analisar as falas advindas dos sujeitos, observou-se que parte significativa confia em Deus e acredita que sua religião

é importante para ajudar a superar a dor das pernas ao caminhar, causadas pela claudicação intermitente, como ressaltado nas falas a seguir:

[...] eu confio muito em Deus e vou muito pela minha religião. Porque, a minha religião é Deus, é confiar em Deus [...] (entrevistado 1).

[...] eu utilizo a minha religião, que é a minha fé, né? E Deus pra... através Dele, me dá força para eu poder suportar, né? (entrevistado 3).

Para Lucchetti et al.,³⁴ o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade, apresentando impacto nos diferentes aspectos da senescência, tais como envelhecimento bem-sucedido, bem-estar, qualidade de vida, doenças crônico-degenerativas e/ou neuropsiquiátricas, funcionalidade e impacto no fim da vida. Diante desse contexto, o consolo espiritual e o apoio social estabelecido pelo universo religioso têm contribuído para a promoção e manutenção do bem-estar e satisfação com a vida em idosos, sobretudo entre aqueles que tentam conviver com alguma doença crônica, como é o caso da claudicação intermitente.

Os discursos também revelaram o uso da oração e súplica a Deus para melhorar a situação vivenciada e afastar toda a tristeza e depressão causada pela dor na perna, como indicadas a seguir:

[...] eu peço muito a Deus para melhorar: - Oh, Senhor! melhora as minhas pernas, pelo menos um pouco. Eu sinto dor demais. (entrevistado 2).

[...] eu rezo, eu faço prece em casa. Eu peço a Deus que não aconteça mais nada de ruim comigo [...] (entrevistado 5).

[...] peço sempre a Deus que ajude pra essa dor passar [...] (entrevistado 6).

[...] É eu peço pra tirar toda a minha tristeza, não ficar triste, não ficar com depressão [...] (entrevistado 7).

[...] Tem que pedir a Deus pra ver se tira esta enfermidade. (entrevistado 8).

[...] eu faço as minhas orações, eu peço muito a Deus que a dor passe [...] (entrevistado 9).

[...] eu clamo por Deus, né? Peço a Ele porque eu sou católico e eu peço a Ele para que tire aquela minha dor [...] (entrevistado 10).

Vale ressaltar que o idoso que indicou não seguir uma religião também faz uso da oração nos momentos de meditação, como relatado a seguir:

[...] nos momentos de reflexão, de meus pedidos que eu faço a Deus... eu peço melhoras como qualquer pessoa que tenha um problema (entrevistado 4).

Estudo de Marilyn & Bowen,³⁵ que investigou o papel da religião e da espiritualidade também em indivíduos que convivem com a dor crônica, revelou que a oração é um método bastante utilizado por estes sujeitos para lidar com a enfermidade. Desta forma, entre os diferentes rituais existentes nas diversas religiões brasileiras, a oração representa a possibilidade de o ser humano estabelecer contato com o mundo divino com diversas finalidades, tais como agradecimento, pedidos, súplicas, entre outras. No caso dos idosos com doença arterial periférica, a oração representou um meio utilizado para enfrentar e/ou suportar a doença.

O presente estudo revelou limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, o quantitativo de sujeitos não possui um poder amostral representativo da população de idosos acometidos pela doença arterial periférica. Outro aspecto diz respeito aos questionamentos realizados durante a entrevista para desvendar os mecanismos de superação da dor adotados pelos entrevistados. Teria sido mais interessante levantar como a pessoa enfrenta a dor e deixar que a religiosidade aparecesse nas suas respostas. Por fim, foi observada uma carência de estudos abordando a

religiosidade como estratégia de enfrentamento de sintomas dolorosos em indivíduos acometidos por doença arterial periférica, restringindo o aprofundamento da temática.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que o sofrimento físico caracterizado pela dor da claudicação intermitente nos idosos pesquisados determina sentimentos negativos, tais como: aborrecimento pelo desconforto experimentado, tristeza por acreditarem não possuir a capacidade de realizar as atividades diárias que gostariam de fazer, como também o medo de piorar ou de morrer.

Diante desta situação, incorporar os aspectos da fé e da religiosidade para a superação da dor parece funcionar como uma ferramenta para atenuar os sintomas da doença.

Estudar este cenário se torna relevante para que os profissionais da saúde possam considerar a religiosidade como um dos fatores influenciadores para a qualidade de vida de indivíduos enfermos. É importante enfatizar que se fazem necessárias novas investigações a respeito do poder da religiosidade para o alívio da dor envolvendo indivíduos com faixas etárias distintas e portadores de outros tipos de doenças crônicas. Além disso, aspectos psicossociais e socioculturais devem ser considerados numa perspectiva de realizar novas interfaces com a temática desenvolvida.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes do programa de treinamento físico da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade de Pernambuco (UPE), que colaboraram com a pesquisa; e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Méd Minas Gerais* 2010;20(1):67-73.
2. Marin MJS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a história de vida dos idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(1):147-54.
3. Mota MP, Figueiredo PA, Duarte JA. Teorias biológicas do envelhecimento. *Rev Port Cien Desp* 2004;4(1):81-110.
4. Neri AL, Yassuda MS, Cachione M. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. 3. ed. Campinas: Papirus; 2004.
5. Makdisse M, Pereira AC, Brasil DP, Borges JL, Machado-Coelho JLL, Krieger JE, et al. Prevalência e fatores de risco associados à doença arterial periférica no Projeto Corações do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2008;91(6):402-14.
6. American Heart Association. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). *Circulation* 2006;113:e463-e654.
7. American College of Sports Medicine. ACM'S guidelines for exercise testing and prescription. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Sieminski DJ, Gardner AW. The relationship between free-living daily physical activity and the severity of peripheral arterial occlusive disease. *Vasc Med* 1997;2(4):286-91.
9. Meneses AL, Lima AHRA, Farah BQ, Silva GQM, Lima GHC, Lins Filho OL, et al. Correlation Between Physical Fitness and Indicators of Quality of Life of Individuals with Intermittent Claudication. *Rev Bras Med Esporte* 2011;17(3):175-8.
10. Chapman CR, Gavrín J. Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet* 1999; 353(9171):2233-37.
11. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(3):345-59.
12. Corrêa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(1):12-8.
13. Lago-Rizzardi CDL, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *Mundo Saúde* 2010;34(4):483-7.
14. Freitas CMSM, Tenório MC, Barros MV. Imagem do adolescente na sociedade rural pernambucana: um olhar sociocultural. In: Malagutti W, Berço AMA, organizadores. *Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Martinari; 2009.
15. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press; 2001.
16. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
18. Budó MLD, Micolini D, Resta DG, Büttenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(1):36-43.
19. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiquiatr Clín* 2011;38(1):19-23.
20. Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. *Ciênc saúde coletiva* 2011;15(4):2105-11.
21. Mello ML, Oliveira SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde Soc* 2013;22(4):1024-35.
22. Oliveira JG, Barbosa JPAS, Farah BQ, Cheheun MR, Cucato GG, Wolosker N, et al. Estágios de mudança de comportamento e fatores associados à prática de atividade física em indivíduos com claudicação intermitente. *Einstein (São Paulo)* 2012;10(4):422-7.
23. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Latinoam Enferm* 2006;14(2):271-6.
24. Machado ACA, Brêtas ACP. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. *Rev Bras Enferm* 2006;59(2):129-33.
25. Brass EP, Cooper LT, Hanson P, Hiatt WR. Association of clinical attributes and treadmill walking performance in patients with claudication due to peripheral artery disease. *J Vasc Surg* 2013;58(2):396-403.
26. França MA, Lima TM, Santana FS, Lins-Filho OL, Cucato GG, Cardoso-Júnior CG, et al. Relationship between the performance of 6 minutes walk test and treadmill test in patients with intermittent claudication of lower limbs. *J Vasc Bras* 2012;11(4):263-8.

27. Garnefski N, Grol M, Kraaij V, Hamming JF. Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: relationships with depressive symptoms. *Patient Educ Couns* 2009;76(1):132-7.
28. Smolderen KG, Aquarius AE, de Vries J, Smith ORF, Hamming JF, Denollet J. Depressive symptoms in peripheral arterial disease: a follow-up study on prevalence, stability, and risk factors. *J Affect Disord* 2008;110(1-2):27-35.
29. Smolderen KG, Hoeks SE, Pedersen SS, van Domburg RT, de Liefde II, Poldermans D. Lower-leg symptoms in peripheral arterial disease are associated with anxiety, depression, and anhedonia. *Vasc Med* 2009;14(4):297-304.
30. Martins RML, Andrade AINPA, Rodrigues MLM. A vida... vista pelos idosos. *Millenium* 2010;39:121-30.
31. Makdisse M, Pereira AC, Brasil DP, Borges JL, Machado-Coelho JLL, Krieger JE, et al. Prevalência e fatores de risco associados à doença arterial periférica no Projeto Corações do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2008;91(6):402-14.
32. Borges DC, dos Anjos GL, de Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Soc Bras Clin Med* 2013;11(1):6-11.
33. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín* 2007;34 Supl 1:82-7.
34. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(1):159-67.
35. Marilyn B, Bowen R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain Res Manag* 2008;13(5):383-8.

Recebido: 12/3/2013

Revisado: 02/12/2014

Aprovado: 24/1/2014